



<b>Schadenmeldung Unfallversicherung</b>
--

Versicherung (VU):		Polizzenummer:	
Bearbeiter Makler:		Bearbeiter VU:	
Schadennummer Makler:		Schadennummer VU:	

### Versicherungsnehmer

Vor-, Nachname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	

### Verunfallte Person (falls abweichend von VN)

Vor-, Nachname:			
Straße / Hausnummer:			
PLZ / Ort:			
Führerscheinnummer: *		Ausstellende Behörde:*	
Ausstellungsdatum: *		Ausstellungsdatum:*	

\*auszufüllen falls die verletzte Person Kfz-Lenker war

### Angaben zum Unfallhergang

Datum:		Uhrzeit:	
Ort:			
Unfallhergang:			



Polizeiliche Aufnahme:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aktenzeichen:	
Dienststelle:			

Arbeitsunfall:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sozialversicherung / Nr.:	
----------------	---	---------------------------	--

Alkoholkonsum vor Unfall:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie viel:	
---------------------------	---	--------------------	--

Weitere Unfallversicherungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche:	
-------------------------------	---	------------------	--

## Leistung überweisen an

Konto Nummer:		Bankleitzahl:	
Institut:		Lautend auf:	

Ich ermächtige hiermit die o.a. Versicherung, Erhebungen durchzuführen, Auskünfte bei Personen und Behörden einzuholen, Einsicht in Akten zu nehmen, sowie Abschriften anzufertigen.

Ich bestätige hiermit, die angeführten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Verletzten

-----  
Unterschrift Versicherungsnehmer

## Gesundheitliche Vermerke / Kommentare Arzt

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?	
Wer hat sie geleistet?	
Diagnose / Beschreibung Verletzung:	
Arbeitsunfähigkeit:	Von: <span style="float: right;">Bis:</span>
War die verletzte Person im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welches Krankenhaus?	
Wie lange in stationärer Behandlung?	Von: <span style="float: right;">Bis:</span>
Hat der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> möglicherweise

Bestand bereits vor dem Unfall eine Invalidität oder gesundheitliche Behinderung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, genaue Beschreibung:	
Haben Krankheiten, Gebrechen, Alkohol- oder Drogeneinfluss den Unfall ungünstig beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in wie fern:	

## Arzthonorar überweisen an

Konto Nummer:		Bankleitzahl:	
Institut:		Lautend auf:	

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift / Stempel behandelnder Arzt